Nr 1. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KS. NIGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K = Marek 3·50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O durze plamistym (II).

(Ciśnienie w kanale kręgowym; zmiany cytologiczne i chemiczne w płynie mózgowo-rdzeniowym u chorych na dur plamisty; porównawcze badanie u chorych na dur brzuszny; nakłucie lędźwiowe w leczeniu duru plamistego).

Podali

Prymaryusz **Dr J. Kostrzewski** i stud. med. **H. Smreczyńska**.

(Z Oddziału chorób zakaźnych Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie).

Badania z lat ostatnich przekonały o występowaniu zmian zapalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu duru plamistego. Główną uwagę zwrócono na własności cytologiczne i serologiczne płynu.

Nasze badania płynu mózgowo-rdzeniowego wykonaliśmy u 51 chorych na dur plamisty i u 25 wyzdrowieńców z duru plamistego; (podane liczby obejmują między innemi 10 osób takich, u których płyny badano zarówno podczas gorączki, jak i po gorączce). Okres zdrowienia liczymy od pierwszego dnia bezgorączkowego; pierwszy dzień wolny od gorączki służy za podstawę w określaniu czasu, w. jakim przedsiębrano badania; w ten sposób licząc, nie uwzględnia się wywiadów, a skutkiem tego określenie dnia choroby jest zupełnie dokładne.

Badania przeprowadzaliśmy w następujących warunkach: Ciśnienie w kanale kręgowym mierzono zawsze w ułożeniu poziomem chorych; począwszy od 12 mm Hg uważano ciśnienie za wzmożone. Ilość ciałek w płynie mózgowordzeniowym obliczano według ogólnie przyjętych zasad. Jako górną granicę prawidłowych stosunków liczono 5 ciałek w 1 mm^3. Osad po odwirowaniu płynu mózgowordzeniowego barwiono błękitem toluidynowym; komórki w osadzie dzielono na »ciałka białe« jednojądrzaste (krwinki białe jednojądrzaste i nabłonki) i krwinki wielojądrzaste. Globuliny oznaczano ilościowo, mianem najsilniejszego rozcieńczenia płynu mózgowordzeniowego, które po dodaniu równej ilości nasyconego siarkanu amonowego okazywało wyraźne opalizujące zmętnienie. Płyn mózgowordzeniowy rozcieńczano przy pomocy fizyologicznego rozczynu Na Cl. Siarkan amonowy nasycony w ciepłocie wrzenia, przy oznaczaniu globulin miał ciepłotę pokojową. Zmętnienie, powstałe po dodaniu siarkanu amonowego, odczytywano po upływie 10 minut, oglądając probówkę pod światło na czarnem tle. Tylko te płyny mózgowordzeniowe, które w rozcieńczeniu conajmniej 1:10 [nie licząc dodanej ilości nasyconego $(NH_4)_2 SO_4$] okazywały opalizujące zmętnienie, uważano za zawierające zwiększoną ilość globulin. Białko oznaczano sposobem Stolnikowa; począwszy od 0·495% białka (rozcieńczenie płynu mózgowordzeniowego 1:15) liczyliśmy jego ilość zwiększoną w danym płynie.

Przeważna większość badań w przypadkach duru plamistego przypada na ostatnie 7 dni przed spadkiem i na pierwsze 7 dni po spadku gorączki; u chorych na dur brzuszny badania przeprowadzono głównie w drugim i trzecim tygodniu trwania choroby. Najważniejsze wyniki badań przedstawiamy w dołączonych czterech tablicach: pierwsze trzy dotyczą przypadków duru plamistego, czwarta chorych na dur brzuszny. Badania w przypadkach duru plamistego podzielono według tego, czy przeprowadzano je przed spadkiem, czy po spadku gorączki. W przebiegu duru plamistego naogół gorzej się rokuje, im silniejsze są objawy ze strony świadomości i układu nerwowego ośrodkowego, — zachodzi więc pytanie, jak się zachowuje ciśnienie w kanale kręgowym i jakie własności okazuje płyn mózgowordzeniowy w przypadkach kończących się zejściem śmiertelnem? Aby uwidocznić, czy i jaka różnica zachodzi pod tymi względami w przypadkach o przebiegu pomyślnym i niepomyślnym, zestawiono wyniki badań w przypadkach śmiertelnych osobno, zarówno w przypadkach duru plamistego, jak brzusznego.

Tablica I: Przypadki duru plamistego; badania w czasie gorączki.

Badano		z ogólnej ilości badań przypada % na ostatnie 7 dni przed spadkiem gorączki	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień spotkanych zmian i dzień ich stwierdzenia przed spadkiem gorączki	w którym dniu stwierdzono najwcześniej zmiany (przed spadk. gorączki)	w którym dniu zmian najpóźniej nie stwierdzono (przed spadk. gorączki)	w którym dniu badano najwcześniej (przed spadk. gorączki)
ciśnienie w kanale kręgowym 33 razy u 30 osób		90·9	45·4	18 mm Hg 5. dzień	10	2	10
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 26 razy u 25 osób	88·5	92·3	146 ciałek w 1 mm^3 4. dzień	10	7	10
płyn mózgowordzeniowy	globuliny 38 razy u 34 osób	89·4	26·3	1:20 4. dzień	6	2	10
płyn mózgowordzeniowy	białko 36 razy u 32 osób	88·9	47·2	0·12% 7. dzień	7	2	10

Tablica II: Przypadki duru plamistego; badania po spadku gorączki.

Badano		z ogólnej ilości badań przypada % na pierwsze 7 dni po spadku gorączki	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień spotkanych zmian i dzień ich stwierdzenia po spadku gorączki	w którym dniu stwierdzono stosunki prawidłowe najwcześniej (po spadku gorączki)	w którym dniu stwierdzono zmiany najpóźniej (po spadku gorączki)	w którym dniu badano najpóźniej (po spadku gorączki)
ciśnienie w kanale kręgowym 26 razy u 25 osób		73	23	16 mm Hg 1. i 14. dzień	1	14	19
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 25 razy u 23 osób	72	92	463 ciałek w 1 mm^3 2. dzień	1	19	19
płyn mózgowordzeniowy	globuliny 27 razy u 25 osób	74	55·6	1:30 1. dzień	1	7	19
płyn mózgowordzeniowy	białko 20 razy u 19 osób	70	70	0·16% 6. dzień	1	14	14

Tablica III: Przypadki duru plamistego zakończone zejściem śmiertelnem; badania w czasie gorączki.

Badano		z ogólnej ilości badań przypada % na ostatnie 7 dni przed śmiercią	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień spotkanych zmian i dzień ich stwierdzenia	w którym dniu przed śmiercią najpóźniej zmian nie stwierdzono
ciśnienie w kanale kręgowym 15 razy u 13 osób		80	26·6	25 mm Hg w dniu śmierci	w dniu śmierci
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 13 razy u 13 osób	92	84·6	69 c. w 1 mm^3 1. dzień przed śmiercią	7
płyn mózgowordzeniowy	globuliny 18 razy u 17 osób	88·9	33·3	1 : 20 w dniu śmierci	1. dzień przed śmiercią
płyn mózgowordzeniowy	białko 14 razy u 13 osób	92·8	50	0·16 dwa dni przed śmiercią	1. dzień przed śmiercią

Jakość krwinek w badanych osadach płynów mózgowordzeniowych, pobranych podczas gorączki, przedstawia się tak: Na dziesięć badanych osadów jeden zawierał 51%, dwa 18—20%, dwa po 8%, pięć innych po 1 lub mniej niż 1% krwinek wielojądrzastych, zresztą »ciałka białe« jednojądrzaste. Osad z płynów pobranych po spadku gorączki badano sześć razy; jeden z nich zawierał 2%, jeden 1% krwinek wielojądrzastych obok »ciałek białych« jednojądrzastych, inne płyny natomiast wyłącznie tylko »ciałka białe« jednojądrzaste.

Wyniki badań, przedstawione w tablicy I, dowodzą: W przebiegu duru plamistego spotykaliśmy wzmożone ciśnienie w kanale kręgowym często, a prawie zawsze zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym. Z cech zapalnych wybija się na pierwszy plan wzmożona ilość »ciałek białych«. Na 26 w tym kierunku zbadanych płynów mózgowordzeniowych tylko w dwu płynach była zawartość »ciałek białych« w granicach prawidłowych; jeden i drugi płyn pobrano na siedem dni przed spadkiem gorączki. U jednego z tych chorych płyn, powtórnie badany 4 dni później, czyli 3 dni przed spadkiem gorączki, okazuje wzmożoną ilość »ciałek białych«, wzmożoną ilość globulin i białka, — w przeciwieństwie do prawidłowych stosunków pod tymi względami przy pierwszem badaniu. Drugi płyn, aczkolwiek miał prawidłową ilość »ciałek białych«, to jednak zawierał zwiększoną ilość białka; powtórnie płynu tego nie badano. Wzmożona ilość »ciałek białych« daje się wcześniej stwierdzić, niż inne cechy zapalne płynu mózgowordzeniowego, bo już w 10. dniu przed spadkiem gorączki (wcześniej nie badano), natomiast zwiększoną ilość globulin i białka spotyka się dopiero w 7, względnie 6. dniu przed spadkiem ciepłoty. W późniejszym okresie choroby niż 7 dni przed spadkiem ciepłoty nie było ani razu prawidłowej ilości »ciałek białych«, natomiast globuliny i białko w niezwiększonej ilości stwierdzano jeszcze w drugim dniu przed spadkiem gorączki.

Z tablicy II wynika: Po spadku gorączki spotyka się wzmożone ciśnienie w kanale kręgowym mniej często, niż w okresie gorączkowym; natomiast własności zapalne płynu mózgowordzeniowego występują wyraźniej, bo odsetek zwiększonych ilości globulin wzrasta więcej niż w dwójnasób, — odsetek zaś zwiększonych ilości białka podnosi się bardzo znacznie; (nie uwzględniam przy tem różnicy w odsetku badań przypadających na ostatnie 7 dni przed spadkiem gorączki). Również wzrasta stopień nasilenia zmian zapalnych płynu mózgowordzeniowego. Z pośród cech zapalnych utrzymuje się najdłużej wzmożona ilość »ciałek białych«; stwierdzono je jeszcze w 19. dniu po spadku gorączki (w późniejszym okresie nie badano). Prawidłowe ilości globulin i białka spotkano już w pierwszym, — prawidłowe ilości »ciałek białych« dopiero w siódmym dniu po spadku gorączki. Wyniki badań, ujęte w tablicy III, wykazują, że wzmożone ciśnienie w kanale kręgowym i wzmożoną ilość »ciałek białych« spotykaliśmy nieco rzadziej, — wzmożoną zaś ilość globulin stwierdzaliśmy nieco częściej w przypadkach duru plamistego, kończących się zejściem śmiertelnem, niż w przypadkach, kończących się wyzdrowieniem. Co do stopnia nasilenia zmian, to spotkaliśmy tylko jeden raz ciśnienie zwiększone i jeden raz białko wzmożone w wyższym stopniu, niż u chorych, którzy wyzdrowieli.

Zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym w przebiegu duru plamistego są następstwem swoistego schorzenia naczyń krwionośnych opon mózgowych. Wykazano bowiem, że zmiany swoiste dla duru plamistego, opisane po raz pierwszy przez Fraenkla w skórze, występować mogą we wszystkich narządach, sadowią się zaś z wielkiem upodobaniem na dnie komory czwartej i w okolicy wodociągu Sylwiusza. W patologii duru plamistego zapalenie opon mózgowych i wysypka na skórze są sprawami co do mechanizmu powstawania równorzędnemi, bo są wyrazem tychsamych zmian anatomicznych, zachodzących w ścianach tętniczek, w pierwszym przypadku w obrębie opon mózgowych, w drugim w obrębie skóry; jednym z objawów zapalenia opon mózgowych jest zapalenie nerwu wzrokowego (neuritis optica Arnoldi).

Z tablicy IV widać, że w przebiegu duru brzusznego spotykaliśmy dość często ciśnienie w kanale kręgowym wzmożone; zwiększoną liczbę »ciałek białych« i ilości globulin stwierdziliśmy w niewielkim odsetku badanych przypadków, ani razu zaś nie spotkaliśmy wzmożonej ilości białka.

Wyniki badań u chorych na dur brzuszny, u których choroba skończyła się zejściem śmiertelnem, tak się przedstawiają: Ciśnienie w kanale kręgowym mierzono 5 razy u 5 osób; wzmożone było dwa razy (czyli w 40%). »Ciałka białe« liczono 5 razy u 5 osób, wzmożona ich ilość była dwa razy (40%); największa ilość komórek wynosiła 7 w 1 mm³. Globuliny i białko oznaczano 5 razy u 5 osób, ani razu nie stwierdzono wzmożonej ilości ani globulin ani białka.

Tablica IV: Przypadki duru brzusznego.

Badano		z ogólnej ilości badań przypada % na drugi i trzeci tydzień choroby	znaleziono stosunki wzmożone w % ogólnej ilości badań	najwyższy stopień zmian i tydzień choroby w którym je stwierdzono
ciśnienie w kanale kręgowym 12 razy u 11 osób		75	33·3	20 mm Hg 2. tydzień
płyn mózgowordzeniowy	»ciałka białe« 12 razy u 11 osób	75	8·3	7 ciałek w 1 mm³ 2 tydzień
	globuliny 15 razy u 13 osób	73	6·3	1 : 10 3. tydzień
	białko 16 razy u 14 osób	75	0	—

Robiąc nakłucie lędźwiowe w przypadkach duru plamistego wypuszczano zależnie od wysokości ciśnienia w kanale kręgowym, 10—20, a czasem i więcej cm³ płynu mózgowordzeniowego. Po wypuszczeniu płynu często, jednak nie zawsze, chorzy podnieceni uspokajali się, rzadziej trwale, przeważnie na krótki czas. Innego wpływu wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego na przebieg choroby nie miało; skuteczniejsze było wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego u ozdrowieńców, skarżących się na ból głowy i szum w uszach.

Streszczenie.

1) Nie widać żadnej wybitnej różnicy w zachowaniu się ciśnienia w kanale kręgowym i własności płynu mózgowordzeniowego w przypadkach duru plamistego, — w związku z tem, czy zejście ich pomyślne, czy niepomyślne.

2) Zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym są objawem duru plamistego, utrzymującym się z reguły jeszcze po spadku gorączki.

3) Zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym w przebiegu duru brzusznego spotyka się w niewielkim odsetku i o bardzo słabem nasileniu.

4) Nakłucie lędźwiowe połączone z wypuszczeniem płynu mózgowordzeniowego należy w leczeniu duru plamistego uważać tylko za środek objawowy.

Piśmiennictwo. 1) Felix: M. Kl. 1917, 18. — 2) Gilbert: M. m. W. 1916, 22. — 3) Jaffé: M. Kl. 1918, 22. — 4) Karwacki: Gaz. lek. 1917, 45, 46. — 5) Kostrzewski: Prz. lek. 1919, 40. — 6) Liebermann: M. m. W. 1916, 18. — 7) Müller: D. m. W. 1918, 25. — 8) Schemensky: M. m. W. 1916, 19. — 9) K. Zieliński: Gaz. lek. 1917, 29, 47, 48. — 10) K. Zieliński: Gaz. lek. 1918, 37, 38, 49, 50.

O bezładzie czołowym (Ataxia frontalis)

podał **Dr Maksymilian Rose,**

starszy ordynator oddziału chorób nerwowych.

(Z III Szpitala zapasowego w Krakowie (dowódca podpułkownik prof. Dr Horoszkiewicz).

Niedawno przysłany został na nasz oddział inwalida J. K. celem oceny stopnia niezdolności do pracy. Okazało się, że przypadek ten ma ze względów lokalizacyjnych zasadnicze znaczenie i to skłania mnie do niniejszej publikacyi.

Chory ma 25 lat, nieżonaty, z zawodu górnik w kopalni nafty. Chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu nie nadużywał. W maju 1915 r. raniony został na froncie kulą karabinową w czoło. Po zranieniu stracił przytomność na przeciąg około tygodnia. Powróciwszy do przytomności nie zauważył u siebie żadnych porażeń, czuł się tylko osłabionym. W następnym

czasie wykonano u niego dwukrotnie operacyę czaszki; rana operacyjna zagoiła się dopiero po kilku miesiącach. Już przy pierwszych próbach wstawania z łóżka zauważył chory, że gdy się wyprostował, miał skłonność do padania w tył. Kilka razy nawet istotnie w tył upadł. Stan ten później o tyle się poprawił, że chory w czasie chodu nigdy nie pada, chód jego jest jednak chwilami chwiejny. Szczególnie w nocy trudno choremu chodzić bez podpory, ponieważ stale pada w tył. Wymiotów ani nudności nigdy nie miał. Chory podaje, że usposobienie jego zmieniło się od czasu zranienia, stał się bowiem drażliwym, niecierpliwym i gwałtownym.

Badanie przedmiotowe: Wysoki, silnie zbudowany i dobrze odżywiony mężczyzna. Na lewej skroni pozioma blizna skórna, 6 cm długa. Mniej więcej w połowie jej znajduje się nieznaczny ubytek w kości, wielkości fasoli, odpowiadający wlotowi postrzału. W górnej części czoła na granicy włosów blizna skórna łukowata, 8 cm długa, częściowo przyrosła, wypukłością zwrócona ku górze i zachodząca więcej na lewą połowę czoła, niż na prawą. Poniżej tej blizny, w obrębie łuku, znajduje się ubytek w kości, odpowiadający wylotowi postrzału, wielkości guldena, około $\frac{1}{2}$ cm w głąb drążący, przechodzący więcej na stronę lewą czoła, niż na prawą.

Ruchy czynne, bierne i siła głowy, kończyn i tułowia bez zmian. Unerwienie twarzy i języka bez zboczeń, ruchy gałek ocznych prawidłowe. Źrenice równe, okrągłe, oddziałują żywo na światło; także współruch źrenicy przy akomodacyi i konwergencyi jest wydatny. Odruchu spojówkowego obustronnie wykazać nie można; rogówkowy obustronnie żywy, taksamo odruch gardłowy. Odruchy ścięgnowe i okostne kończyn górnych zachowane, miernie żywe, taksamo odruchy kolanowe i Achillesa. Odruchy brzuszne, mosznowe i stopowe obustronnie żywe. Brak odruchów patologicznych i zaburzeń czucia.

Dno oka bez zmian.

Badanie rentgenologiczne wykazało wgłębienie kości w miejscu powyżej opisanego ubytku kostnego.

Próba Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego wypadła ujemnie.

Badanie narządu błędnikowego dało przy wielokrotnem badaniu następujący wynik: Przy końcowych ustawieniach gałek obustronnie drżenie gałek ocznych. Szybkie ruchy głową nie wzmagają tego drżenia. Przy przepłukiwaniu prawego ucha zimną wodą występuje po 15″ wybitne drżenie oczu poziomo — rotacyjne w lewo, badany pada w tył; nudności, silny zawrót głowy, bladość twarzy. Przy przepłukiwaniu lewego ucha zimną wodą po 25″ drżenie oczu w prawo, padanie w tył, zawrót głowy i nudności. Przy chodzie, szczególnie po zwrotach, chwilami nieznaczne chwianie się. Po zamknięciu oczu pada chory stale w tył, przyczem zwroty głowy nie wpływają wcale na kierunek padania. Przy próbie Baranyego palcem wskazującym występuje po stronie lewej stale mijanie w prawo. Przy próbie palcem wskazującym po stronie prawej stosunki prawidłowe; także przy trafianiu prawą stopą w palec wskazujący badającego niema zboczeń. Przy płukaniu prawego ucha występuje przy próbie palcem wskazującym obustronnie mijanie w prawo, przy płukaniu lewego ucha niema mijania w lewo po lewej stronie.

Zestawiając miejsca uszkodzenia postrzałowego czaszki i mózgu z objawami klinicznymi, stwierdzamy, że chory zraniony został w czoło, a mianowicie w ten sposób, że obie półkule czołowe w górnej swej części niewątpliwie zostały uszkodzone, klinicznie zaś napotykamy objawy typowe dla uszkodzenia móżdżku.

Chód chorego jest chwilami, szczególnie przy zwrotach, chwiejny, po zamknięciu oczu zaś pada chory stale i niezmiennie w tył. Objawy takie, jak chwiejność przy chodzeniu i padanie w jakimkolwiek kierunku napotykamy często w cierpieniach czynnościowych. Mogłyby one także być symulowane, co przy wojsku i przy staraniu się o rentę, jak w niniejszym przypadku, musi być brane w rachubę.

Przy pomocy kalorycznej próby Baranyego odróżnić można padanie, spowodowane chorobą móżdżku lub jego dróg, od padania histerycznego, czy też symulowanego. Przy prawidłowym bowiem stanie móżdżku i dróg móżdżkowych pada badany przy płukaniu zimną wodą stale i niezmiennie w stronę płukanego ucha, t. j. w stronę przeciwną kierunkowi drżenia oczu. Natomiast przy chorobach móżdżku i dróg móżdżkowych często następuje samoistne padanie, które się wzmaga przy zamknięciu oczu. Kierunek tego padania nie zmienia się, w szczególności nie wpływa nań przepłukiwanie uszu i chory niezależnie od tego, które ucho jest przepłukiwane, pada stale w tym samym kierunku, co samoistnie lub po zamknięciu oczu.

Ze względu na to, że chory nasz mimo uszkodzenia płatów czołowych miał podobne objawy do tych, jakie napotykamy przy schorzeniach móżdżku lub dróg móżdżkowych, zastosowaliśmy u niego również próbę Baranyego i przekonaliśmy się, że niezależnie od tego, czy płukaliśmy lewe ucho, czy prawe, zawsze chory padał w tył, przyczem kierunek drżenia oczu był typowy, to znaczy w stronę przeciwną płukanego ucha.

W ten sposób stwierdziliśmy, że przy uszkodzeniu obu płatów czołowych były takie same objawy kliniczne, jakie napotykamy przy schorzeniu móżdżku, przyczem próba kaloryczna Baranyego, stosowana dotychczas tylko przy schorzeniach tylnej jamy czaszkowej, dostarczyła przedmiotowych danych, przy których pomocy napewne wykluczyć można w danym przypadku cierpienie czynnościowe lub symulacyę.

Obok przytoczonych objawów klinicznych stwierdziliśmy u chorego przy próbie Baranyego palcem wskazującym mijanie lewej górnej kończyny w prawo. Po wywołaniu zaś drżenia oczu w prawo nie występowało mijanie lewej górnej kończyny w lewo. Fakt ten zapisujemy tylko, nie mogąc na razie dać dokładnego dlań wyjaśnienia. Barany tłómaczy mijanie przy próbach palcem wskazującym przy schorzeniach móżdżku jako zniesienie ruchu w stronę przeciwną. W danym razie chodziłoby więc o zniesienie ruchu w lewo, wskutek czego występuje mijanie w prawo.

Równoczesne istnienie jakiejś sprawy chorobowej w móżdżku możemy po 3-miesięcznej obserwacyi i wobec braku jakichkolwiek danych w tym kierunku, jak z przytoczonej historyi choroby wynika, uważać za wykluczone.

Poza tem już opisywano bezład przy schorzeniach płatu czołowego, szczególnie przy guzach, chociaż istnienie jego wielu poważnych neurologów podawało w wątpliwość. Pierwszy zwrócił uwagę na bezład czołowy Bruns w r. 1892. Twierdzenie jego nie zostało odrazu przyjęte i dotychczas nie jest jeszcze powszechnie uznawane. W szeregu jednak prac o guzach płatu czołowego po r. 1897 spotykamy stale wzmianki o zaburzeniach równowagi. Autorowie ci nie poddawali tych zaburzeń równowagi dokładnej analizie, podobnie jak to czyni Barany przy schorzeniach móżdżku, podkreślają tylko ogólnie, że znajdowali zaburzenia równowagi. H. Singer [1]), T. Cohn [2]), B. Bramwell [3]), H. Gordinier [4]), G. Anton [5]). Na szczególną uwagę zasługuje praca O. Polimantiego [6]). Autor po usunięciu płatu czołowego u psa do przodu od rowka krzyżowego (sulcus cruciatus) stwierdził podobne zaburzenia, jak po usunięciu móżdżku. Znaczenie tej pracy leży w szczególności w tem, że objawy kliniczne nie są zamącone objawami uciskowymi mózgu, co musi się wziąść w rachubę w innych pracach, które się opierają wyłącznie na guzach płatu czołowego. Co do patogenezy bezładu czołowego niema dotychczas ustalonego poglądu. Wedle Munka leży ośrodek dla tułowia w płacie czołowym. Wynikałoby stąd, że uszkodzenie tej okolicy mózgu może wywołać niedowład lub nawet porażenie mięśni tułowia. Jeżeli weźmiemy w rachubę fakt, że mięśnie tułowia odgrywają niewątpliwie rolę w utrzymaniu równowagi ciała, to wniosek stąd, że niedowład tych mięśni mógłby się objawiać w postaci zaburzenia równowagi. W naszym przypadku zwróciliśmy wobec tego szczególną uwagę na mięśnie tułowia, które okazały się jednak zupełnie sprawnymi, tak, że nawet śladu niedowładu nie można było wykazać. Już to więc wskazuje na to, że przynajmniej w tym naszym przypadku bezład nie jest wynikiem niedowładu mięśni tułowia. Podnieść też należy, że, jak uczy doświadczenie, jest wynik próby Baranyego przy porażeniach mózgowych zawsze typowy, w naszym zaś przypadku odczyn przebiegał jak przy schorzeniach móżdżku lub dróg móżdżkowych. Jednem słowem, nie możemy bezładu w naszym przypadku wytłómaczyć ani nawet zrozumieć na podstawie powyższej teoryi.

Próbowano też tłómaczyć bezład przy schorzeniach płatu czołowego uciskiem, jaki sprawa chorobowa w tej okolicy wywierać musi też na twory tylnej jamy czaszkowej. Ewentualność tę istotnie trudno jest wykluczyć, o ile sprawa tocząca się w płacie czołowym jest sprawą uciskową, gdyż nierzadko powstają przy guzach mózgu t. zw. objawy odległe zdala od właściwego ogniska n. p. drgawki Jacksona przy sprawach uciskowych tylnej jamy czaszkowej. W ten sam sposób mogą też wystąpić i występują często objawy móżdżkowe przy sprawach uciskowych przedniej jamy czaszkowej. W naszym przypadku musimy ewentualność tę z góry odrzucić, ponieważ chodzi tu o zranie-

---

[1]) Üb. Gleichgewichtsstörungen bei Stirnhirntumoren. Inaug. Diss. Breslau 1897.

[2]) Neur. Cblt 1897. [3]) Brain LXXVV, 1897. [4]) Amer. Jour. Med. Sc. 1899. [5]) M. m. W. 1906, Nr 27. [6]) Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abt.

nie płatów czołowych, a nie o guz i brak też jest jakichkolwiek ogólnych objawów uciskowych.

Tłómaczenie bezładu czołowego zamroczeniem, które często przy schorzeniach płatu czołowego występuje, co zrazu przyjmował Oppenheim, nie wchodzi też w naszym przypadku w rachubę, gdyż chory nasz nie wykazuje nawet śladów zaburzenia świadomości.

Z powyższego wynika przedewszystkiem, że bezład w naszym przypadku nie jest objawem odległym, gdyż brak jest wszelkiej podstawy dla przyjęcia sprawy uciskowej, ale że uważać musimy bezład za objaw ogniskowy. Ponieważ zaś uszkodzenie mózgu jest ściśle zlokalizowane w obu płatach czołowych w ich górnej i przedniej części, przyjąć musimy, że bezład ten jest skutkiem tego właśnie uszkodzenia.

Już Bruns zwrócił uwagę na anatomiczne tłómaczenie tej sprawy. Istnieje bowiem droga, wiodąca z płatu czołowego do mostu Varola, która ma ścisłą łączność z móżdżkiem, t. zw. pęczek czołowo-mostowy (tractus frontopontinus). Tą to drogą mógłby ośrodek równowagi płatu czołowego oddziaływać na podporządkowane mu automatyczne ośrodki móżdżku.

Zasadnicze znaczenie naszego przypadku polega na tem, że uszkodzenie mózgu można tu ściśle zlokalizować w płacie czołowym, prawie z dokładnością eksperymentu i że nie chodzi tu o guz, przez co niema żadnych objawów odległych, mącących tak często jasność obrazu. Objawy kliniczne, napotkane tutaj, uważać więc możemy za ogniskowe.

Jako zasadniczy objaw obok zmian w usposobieniu, uderza bezład, charakteryzujący się nieco chwiejnym chodem i padaniem w tył przy zamkniętych oczach. Metodą kaloryczną Baranyego wykazaliśmy, że bezład ten nie jest czynnościowym i że zachowuje się wobec tej próby podobnie, jak przy schorzeniach móżdżku. Przedmiotowe stwierdzenie bezładu przy schorzeniach płatu czołowego metodą Baranyego nie jest mi znane z piśmiennictwa. Badanie zaś nasze bezład ten nietylko przedmiotowo stwierdziło, ale wykazało także analogiczne zachowanie się jego wobec próby kalorycznej Baranyego z bezładem przy chorobach móżdżku.

Ten fakt w połączeniu z tem, że chory nasz nie miał niedowładu mięśni tułowia, ani wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego lub zamroczenia świadomości, które to objawy same przez się mogą dać obraz bezładu, skłania nas do przyjęcia, że bezład o charakterze móżdżkowym może być także ogniskowym objawem przy schorzeniach płatu czołowego, powstałym w ten sposób, że ulega zniszczeniu ośrodek, będący prawdopodobnie punktem wyjścia dla jakiegoś połączenia płatu czołowego z móżdżkiem.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Országh: **Przyczynek do zdolności odczynowej przy gruźlicy płuc.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920 Nr 2). Ze spostrzeżeń autora wynika, że stan chorych gruźliczych nie pogorszył się ani pod wpływem endemii zapalenia migdałków, ani wskutek ponownego szczepienia ochronnego przeciw ospie. Im cięższy był stan sprawy gruźliczej, tem rzadziej widywano zapalenie migdałków lub krostę szczepionkową. U lekko chorych bywa odczyn takisam jak u zdrowych, a zdolność do odczynu maleje lub znika w daleko posuniętym trzecim okresie gruźlicy. Tosamo zjawisko spostrzega się zawsze w przebiegu przewlekłych ciężkich schorzeń. Dr M. Blassberg (Kraków).

Schmidt i Kraus. **Leczenie ciałami proteinowemi w gruźlicy.** (Med. Klin. 22. 1919). Autorowie podają swe spostrzeżenia, jakie poczynili nad działaniem wstrzykiwań mleka w 16 przypadkach gruźlicy. Zachodzi uderzające podobieństwo w działaniu mleka a tuberkuliny, fakt, który podaje w wątpliwość swoistość leczenia tuberkulinowego. Przypadki dobierano odpowiednie podobnie jak dla tuberkuliny, a więc przewlekłe postacie gruźlicy bez silniejszego przyspieszenia tętna i podwyższenia ciepłoty, a ze skłonnością do stwardnień, natomiast postacie ostre lub z wysoką gorączką i szybkim rozpadem płuc wyłączano z leczenia. Technika: Mleko krowie, wyjałowione przez gotowanie w kąpieli wodnej przez 10 minut, wstrzykiwano podskórnie w dawkach od $^1/_2$ do 2 cm^3, stopniowo zwiększając dawki w odstępach 3—4-dniowych przez 3 tygodnie. Wyniki: Podobnie jak w leczeniu tuberkuliną powstawał u chorych odczyn miejscowy (bolesność, zaczerwienienie, obrzęk w miejscu wstrzyknięcia), ogólny (bóle głowy, osłabienie, podwyższenie ciepłoty) oraz ogniskowy w płucach (zaostrzenie objawów fizycznych w częściach płuc gruźliczo zmienionych). Po tym okresie ujemnym odczynu, który trwał około 12 godzin, następował okres dodatni, w którym stan się poprawiał (lepszy stan podmiotowy, zmniejszenie się lub ustąpienie potów nocnych, spadek gorączki, zmniejszenie się ilości prątków w plwocinie, przybytek sił i wagi ciała i t. p.). Wybitną poprawę osiąga się już po zastosowaniu kilku dawek. Autorowie sądzą, że z uwagi na ścisły związek w działaniu mleka i tuberkuliny pojęcia nasze dotychczasowe o znaczeniu rozpoznawczem tuberkuliny wymagają nowego opracowania i rewizyi. Doc. Dr Nowaczyński.

H. Dufour: **O stosowaniu jodo-benzo-metyl-forminy przeciw suchotom płucnym.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1919. Nr 9—10).

Autor w tymczasowem doniesieniu zawiadamia, że od kilku miesięcy stosował w ciężkich przypadkach suchot płucnych, w rozmaitych okresach choroby, śródżylne wstrzykiwania jodo-benzometylo-forminy z pomyślnym skutkiem. Sądzi, że chodzi tu o bezpośrednie dotarcie drogą krwi i działanie na drobnoustroje w płucach leku, który nie działa szkodliwie na tkanki. Już dawniej Loeper stosował w tym celu śródżylnie urotropinę, lecz próby D. z urotropiną nic dały zadowalniających wyników.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Lustig: **W sprawie leczenia surowicą chorych na grypę.** (M. Klin. 1919). Wychodząc z założenia, że działanie surowic w wielu chorobach zakaźnych polega na rozmaitych, nieznanych nam jeszcze składnikach obcogatunkowej surowicy, stosował L. w ciężkich przypadkach grypy z powikłaniami płucnemi (zapalenie włóknikowe i ropniak opłucny) surowicę przeciwbłoniczą, doświadczenia obejmują stu chorych. W przypadkach z jednostronnem zapaleniem płuc u znacznej części chorych ciepłota spadła do poziomu prawidłowego już po pierwszem wstrzyknięciu, u niektórych po drugiem i utrzymywała się w granicach prawidłowych, mimo, że istniały jeszcze objawy opukowe i osłuchowe; wogóle odnosiło się wrażenie, że cały przebieg był lżejszy, aniżeli u chorych, u których surowicy nie zastosowano. Przy obustronnem zapaleniu płuc, gdzie rokowanie od samego początku było jak najgorsze, wpływ surowicy był bardzo widoczny, a objawiał się ogólną poprawą, znikaniem sinicy i spadkiem ciepłoty; na 22 tego rodzaju przypadków leczonych surowicą zmarło 4. Najgorzej oddziaływały przypadki, w których grypa przybierała cechy posocznicy bez wyraźniejszych powikłań płucnych; z 10 takich chorych zmarło mimo stosowania surowicy 7, i to już po 2—3 dniach. Dobre wyniki osiągnął L. i w tych przypadkach, gdzie w następstwie zapalenia płuc grypowego powstało ropne zapalenie opłucnej; chorzy ci byli leczeni oczywiście także i chirurgicznie. Surowicę wstrzykiwał L. śródżylnie, mianowicie w 3 po sobie następujących dniach po 10 cm^3. Skoro ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych, leczenie na tem kończono; w przeciwnym razie, po jednodniowej przerwie, dokonywał L. jeszcze 2—3 wstrzyknięć po 10 cm^3. Dr T. Tempka.

G Quarelli: **W sprawie szczepienia ochronnego przeciw grypie.** (Comp. rend. de la Soc. de Biol. 1919, Nr 6). Autor stoi na stanowisku, że czynnik etyologiczny grypy jest dotąd nieznany i że prątki Pfeiffera nie stanowią mikroba pierwotnego tej choroby, lecz że jest on zarazkiem, który wraz z dwoinkami zapalenia płuc, z paciorkowcami hemolitycznymi i innymi ma ważne znaczenie dla licznych powikłań grypy. Zarazek pierwotny grypy należy prawdopodobnie do grupy zarazków, przechodzących przez filtry. W myśl tej zasady sporządził autor szczepionkę z plwociny różnych chorych dotkniętych grypą, pochodzącej z 4—5 dnia, zmieszanej z wodą karbolową tak, że cały rozczyn zawiera 0·5$^0/_0$ kwasu karbolowego. Po dokładnem wstrząsaniu i przesączeniu otrzymuje się mieszankę, zawierającą jad przechodzący przez sączki, który przynajmniej 2-krotnie w ilości po 2 cm^3 wstrzykuje się w odstępach 6-dniowych. Sposób ten, który ma tę zaletę, że zawiera florę zakażenia miejscowego, a nie produkcyi laboratoryjnej i którego technika jest bardzo prosta, wypróbował Q. na blizko 100 osobach, z których żadna nie zapadła na grypę, mimo, że byli to pielęgniarze pozostający w ciągłej styczności z chorymi na grypę i przeważnie spali na salach chorych. Wstrzykiwanie podskórne szczepionki nie dawało prawie żadnego odczynu prócz lekkiego bólu, który znikał w ciągu dnia. Nieznaczne wzniesienia ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia występowały rzadko.

Dr M. Blassberg (Kraków)

M. E. Lenoble: **Grypa w męskim szpitalu cywilnym w Brest w r. 1918.** (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. 1919 Nr 5—6). Epidemia, która dotknęła ludność cywilną w Brest przy końcu roku 1918 dotyczyła przeważnie osób młodych i dorosłych do 50. roku życia i przebiegała ze śmiertelnością 18%. U Hindusów śmiertelność dochodziła do 75%. Gruźlica i kiła nie potęgowały ciężkości zakażenia. Przy powikłaniach płucnych często słyszano wybitne szmery na przestrzeni całego płuca, których zmiany znalezione przy autopsyi nie zawsze dostatecznie tłomaczyły. Lenoble uważa grypę za posocznicę o rozmaitem natężeniu i bardzo rozległej i zmiennej skali objawów, powodowaną nie przez jeden gatunek bakteryi, lecz przez mikroby wytwarzające w symbiozie jad zbiorowy, wobec którego obecne leczenie surowicze jest bezsilne. Dr M. Blassberg (Kraków).

Ménard: **Epidemia grypy w środowisku chorych gruźliczych.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris 1919, Nr 5—6). W zakładzie, gdzie przebywało 49 chorych na gruźlicę, wybuchła 25 września 1919 epidemia grypy, na którą zachorowało 83·7% chorych. Okres wylęgania się trwał średnio 2 dni. Na początku schorzenia pojawiały się bóle głowy, łamanie w członkach i dreszcze, a dość często bywały, zwłaszcza u kobiet, wymioty żółciowe. Prawie u wszystkich kaszel i odkrztuszanie pod wpływem grypy potęgowały się, a gorączka była stałym towarzyszem. Stan ogólny był z reguły gorszy, aniżeli u osób przedtem zdrowych. Gorączka miała przebieg nieregularny. Czas trwania wynosił średnio od 2—10 dni. Z powikłań najczęstszem było krwioplucie, które wystąpiło u 36·6% chorych, a 46·7% chorych, u których wystąpiło krwioplucie, zmarło z powodu grypy. Na ogół występowało wybitne pogorszenie objawów gruźlicy pod wpływem grypy. Ten przebieg złośliwy zdaje się mieć charakter wyjątkowy. Albowiem na ogół środowiska gruźlicze bywały w znacznie mniejszym stopniu nagabywane przez grypę, przebieg jej u gruźliczych był łagodniejszy, a śmiertelność nieznaczna, tak że na ogół grypa nie pogarszała przebiegu gruźlicy. Dr M. Blassberg (Kraków).

Raffelt: **Upust krwi w grypowem zapaleniu płuc.** (W. kl. Woch. 1919, Nr 4). Autor stosował w groźnych przypadkach grypy z następowem zapaleniem płuc z dobrym skutkiem kilkurazowe upusty krwi (300—400 cm³), a to z uwagi na tę okoliczność, że przy nekroskopiach grypowych znajdowano stale przekrwienie miąższu płucnego, które przechodzi w ropienie, a zdarza się to u chorych młodych i wielokrwistych. J.

Hilgermann: **Upust krwi w leczeniu chorób zakaźnych.** (Med. Kl. 43. 1919). W ciężkich przypadkach chorób zakaźnych stosuje autor wcześnie obfity upust krwi, połączony z następowem wlewaniem rozczynu fizyologicznego soli i zaleca bardzo to postępowanie, które wpływa korzystnie na dalszy przebieg choroby. Korzyści, jakie osiąga się tem leczeniem, są według autora następujące: Upust krwi z jednej strony usuwa część jadów drobnoustrojów chorobotwórczych, z drugiej stanowi podnietę dla komórek i tkanek ustroju, pod której wpływem następuje wybitniejsze tworzenie się ciał ochronnych. Powtóre wlewanie soli ułatwia wydzielanie jadów i wspomaga działanie upustu w tworzeniu ciał ochronnych. Autor zwraca uwagę na to, że jedynie wczesny upust krwi może dać pewne wyniki, a nie późny, jaki przeważnie stosuje się wtedy, gdy występują już groźne objawy i w okresie choroby, w którym komórki i tkanki ustroju pod wpływem długotrwającego działania czynników chorobotwórczych nie są już zdolne do odtwarzania ciał ochronnych. Doc. Dr Nowaczyński.

Crespin i Ali Zaky: **Krzywa hemolizy i cholesterynemii w napadzie zimnicy.** (Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1919, Nr 6). Autorowie wykonali badania na 30 chorych, śledząc krzywą hemolityczną przed napadem, podczas napadu i po napadzie zimnicy. Badania te wykazały, że napadom zimnicy towarzyszy stale tasama krzywa hemolityczna, podnosząca się z lekka stale podczas napadu, aż do szczytu gorączki, a obniżająca się i wracająca do normy, jeżeli gorączka ustąpiła na stałe. Jednym z czynników zwiększających krzywą hemolityczną jest nadmiar cholesteryny we krwi podczas napadu. W okresie przed napadem cholesteryna spada poniżej normalnej ilości, zwiększa się zlekka podczas napadu i wraca do normy, jeżeli napad ustąpił, a spada poniżej normy, jeżeli stan bezgorączkowy nie jest ostatecznym i gotuje się nowy napad.
Dr M. Blassberg (Kraków).

R. Reitler: **Leczenie zimnicy równocześnie chininą i błękitem metylenowym.** (W. kl. W. 1920, Nr 1). Równocześnie z chininą stosując wewnętrznie błękit metylenowy, można leczyć przypadki zimnicy, oporne na działanie chininy. Podawanie równocześnie z chininą błękitu metylenowego pozwala obniżyć dawkowanie chininy poniżej dawki samej przez się skutecznej, rzecz bardzo ważna u osób nieznoszących dawek chininy. U 44 chorych na zimnicę podawał autor równocześnie i chininę i błękit metylenowy (drogą przewodu pokarmowego). Dawka błękitu metylenowego wynosiła 0·5 gr na dzień w 5 równych dawkach. Podawanie chininy autor indywidualizował, ale najwyższa dawka nie przekraczała 0·5 gr. chininy na dzień. Wyniki leczenia były bardzo zadowalniające. Dr Kostrzewski.

St Rusznyák: **Wzmożenie działania chininy zapomocą ciał fluoryzujących.** (W. kl. W. 1920, Nr 1). Znane jest działanie światła na niektóre własności chininy. Opierając się na tych spostrzeżeniach autor badał wpływ eozyny i soli sodowej fluorescyny, na chininę, a mianowicie: a) na fotodynamiczne własności chininy »in vitro«, b) na lecznicze działanie chininy u chorych na zimnicę. Doświadczenia in vitro dowiodły, że fotodynamiczne własności chininy i eozyny (z małymi tylko wyjątkami) sumują się, natomiast rozkład hemoglobiny, wywoływany przez chininę, eozyna tylko ułatwia. Podawanie znowu chorym na zimnicę obok chininy równocześnie soli sodowej fluorescyny lub eozyny dowiodło, że w niektórych przypadkach zimnicy względnie w niektórych warunkach, w których chinina nie działa całkiem lub tylko niedostatecznie, tam podawanie równoczesne wymienionych ciał fluoryzujących obok chininy osiąga pożądany skutek. Eozynę (Grübler) i sól sodową fluorescyny (Merck) w rozczynie fizyologicznym Na Cl stosował R. podskórnie w ilości 0·01—0·06 gr. na dawkę, najczęściej kilka dni z rzędu Wstrzykiwania te nie przynoszą najmniejszej szkody chorym. Barwik poczyna się wydzielać z moczem w 15—20 minut po wstrzyknięciu podskórnem. Ciała fluoryzujące same, wstrzyknięte choremu, nie wywierają na zimnicę żadnego wpływu, natomiast wstrzykiwania podskórne eozyny lub soli sodowej fluorescyny obok równoczesnego podawania chininy w przypadkach zimnicy, opierających się leczeniu chininą lub w razie podawania chininy w bardzo małych dawkach (0·10—0·25 pro die) usuwają objawy chorobowe. Stosując powyższy sposób leczenia 60 razy, nie widział R. 12 razy dodatniego wpływu na przebieg zimnicy.
Dr Kostrzewski.

H. F. Roll i R. Reich: **Przyczynek do leczenia zimnicy.** (Wien. kl. Woch. 1919, Nr 38). W przypadkach nawrotów zimniczych, które się po tygodniach lub miesiącach odnawiały, stosowali autorowie następujące postępowanie, wypróbowane w Indyach: Gdy napad doszedł do szczytu i gorączka zaczęła się obniżać, ale jeszcze nie opadła, podawali naraz 2 gm chlorku chininy w pastylkach po 0·25, owiniętych w opłatek. U chorych wymiotujących z powodu chininy, przy ogłuszeniu, silnym szumie lub zapadzie stosowali sól bromową (chininum hydrobromatum) lub dodawali do chininy 2 grm Na Br. W następnych pięciu dniach podawali codziennie chorym już tylko po 1 grm chlorku chininy naraz. Metoda ta okazała się cztery razy skuteczniejszą, niż zwykła metoda podawania chininy po 0·5 grm kilka razy przed samym napadem. J.

Goebel: **W sprawie t. zw. choroby Weila (żółtaczki zaraźliwej).** (Med. Kl. 1916, 15). W przypadkach wątpliwych zaleca się wykonać w celach rozpoznawczych doświadczenie na zwierzęciu — zaszczepienie odwłóknionej krwi morskim świnkom na początku, a miareczkowanie krwi chorego przy końcu choroby. Stwierdzono na pewno, że krew świnek morskich, zawierająca krętki, może zakazić człowieka chorobą Weila i że krew takich ludzi (u których może nie być żółtaczki) wywołuje znów u morskich świnek chorobę z żółtaczką i krętkami w wątrobie. Wrotami zakażenia były w przypadkach spostrzeganych przez G. (zakażenie pracowniane) skaleczenia skóry rąk, jednakże może być wrotami także skóra nieskaleczona, jakoteż spojówka, a może i błona śluzowa jamy ustnej. Badania krwi chorych na chorobę Weila, dokonywane w pracowniach, wymagają jaknajwiększych ostrożności, podobnie, jak przy durze powrotnym (rękawiczki gumowe i t. p.). Oczywiście należy zachować wielką ostrożność także przy stykaniu się z takimi chorymi. r.

M. G. Faroy: **Przelotny zespół Bernarda-Hornera po durze brzusznym.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1919, Nr. 5—6). U chorego 24-letniego, dotkniętego durem brzusznym, u którego pod koniec okresu gorączkowego wystąpiło prawostronne zapalenie płuc, pojawił się już w okresie bezgorączkowym zespół objawów Klaudyusza Bernarda-Hornera, a mianowicie: prawostronne zmniejszenie się szpary powiekowej, zapadnięcie się oka prawego i nierówność źrenic ze zwężeniem po prawej stronie. Równocześnie wystąpiło czerwienienie się i obfite poty, jednak po obu stronach twarzy, oraz przyspieszenie tętna. Zespół ten po tygodniu wybitnie zmalał, a po dwóch tygodniach znikł zupełnie. Bywa on zwykle przypisywany za-

jęciu pnia współczulnego szyjnego lub rzadziej śródpiersiowego. W danym przypadku mogła zadziałać toksyna durowa lub sąsiedztwo ogniska zapalnego w prawem płucu.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Doc. Fleckseder: **O działaniu leczenia szczepionką w durze brzusznym.** (Wiener kl. Woch. 1916, 21). Na zasadzie 44 przypadków duru, leczonych dożylnemi wstrzykiwaniami szczepionki Besredki i 20 przypadków, w których w tenże sposób używano szczepionki Vincenta, ostrzega F. usilnie przed przecenianiem wyników tego postępowania. Szczepionka Besredki działa tak niepewnie, że należy ją zupełnie zarzucić. Zapomocą szczepionki Vincenta powiodło się wprawdzie w $^3/_5$ przypadków przerwać gorączkę, z czego zdawaćby się mogło, że zapomocą tej szczepionki można skrócić przebieg; jednakże ani razu nie odniósł Fl. wrażenia, żeby zapomocą szczepionki można uratować przypadki z ciężkimi objawami toksycznymi, co więcej, nie brak było działań ubocznych, a nawet zejść śmiertelnych (5%) wprost w związku przyczynowym z dożylnem zastosowaniem szczepionki. Być jednak może, że szkodliwych działań ubocznych uda się uniknąć, stosując nizkie dawki szczepionki Vincenta (20—50 milionów bakteryi), dodanej dla uzyskania znacznego rozcieńczenia do dożylnego wlewania rozczynu soli. Ponieważ jednak dawki już dwukrotnie większe (100 milionów) grożą nawet przy tem rozcieńczeniu niebezpieczeństwem śmiertelnego zapadu, przeto, jeśli te mniejsze dawki (20—50 mil.) są bezskuteczne, nie należy ich zwiększać, bo widocznie przypadek jest do leczenia szczepionką niepodatny.

r.

Chirurgia.

Vignard. **Wczesne postępowanie w przypadkach ostrego zapalenia kości.** (Presse méd. 1919, 50). Autor jest tego zdania, że zabieg operacyjny w pierwszym okresie zapalenia szpiku kostnego, w okresie, który charakteryzuje się wystąpieniem na plan pierwszy objawów ogólnych przy nieznacznych stosunkowo zmianach miejscowych, może pociągnąć za sobą znaczne pogorszenie przez uogólnienie zakażenia czyto drogą operacyjnie otwartych naczyń czy też skaleczonych tkanek. Z drugiej strony w przypadkach wysięku w stawie, graniczącym z ogniskiem zapalnym, może wydarzyć się trudność w rozpoznaniu, czy nie zachodzi pierwotne zajęcie samego stawu. Te wątpliwości stara się Vignard ominąć przez postępowanie zachowawcze, wywołując w pobliżu ogniska chorobowego sztuczny ropień przez wstrzykiwanie olejku terpentynowego w ilości 2—3 cm. O ile działanie daje na siebie czekać, powtarza zabieg po 24 godzinach. Przytacza 7 przypadków w ten sposób leczonych, w których po jednorazowem wstrzyknięciu wszystkie objawy ogólne i miejscowe szybko się cofnęły. Chorzy, badani po paru latach, nie okazywali poza nieznacznemi zgrubieniami kości żadnych zmian. Sposobu działania swej metody i wytłómaczenia naukowego V. nie podaje, zaznacza tylko, że postępowanie takie jest w każdym razie nieszkodliwe. W przypadkach przez siebie leczonych prócz spokoju żadnych innych środków nie stosował. Ropień usuwał nacięciem lub wycięciem.

Dr Glatzel.

Arnold Jirásek: **Przyczynek do sprawy późnych ropni mózgowych po ranach postrzałowych czaszki.** (Časopis ceskych lék. 1919, 46). Na podstawie dwóch przytoczonych przypadków wyraża autor zapatrywanie, że wszelkie plastyczne operacye, konieczne nieraz po ranach postrzałowych czaszki (pokrycie ubytków kostnych, zabiegi z powodu padaczki Jacksona i in.) powinny być odsunięte o okres 1—$1^1/_2$-roczny od chwili zagojenia rany, a to z powodu możliwości zakażenia, wychodzącego od głębokich ropni mózgowych, których to ropni nieraz żadnymi sposobami rozpoznać nie można.

Dr Michejda.

Prof. Tilimann: **Rozpoznanie późnych następstw postrzałów czaszki.** (Dts. m. W. 1916, 12). Autor zwraca uwagę na wartość nakłucia lędźwiowego dla oceny, czy zjawiska odczynowe w mózgu po uszkodzeniu czaszki już się ukończyły lub nie, a także, czy skargi rannego zasługują na wiarę. Przy wszelkich sprawach zapalnych w mózgu i oponach jest prawie zawsze parcie i zawartość białka w płynie zwiększone. Wzmożone parcie obok prawidłowej ilości białka przemawia za istnieniem prostej torbieli opon miękkich, powstałej wskutek zbliznowacenia, wzmożone zaś parcie obok niewielkiej zawartości białka przemawia za torbielą zapalną. Wzmożona ilość białka obok prawidłowego parcia wskazuje na sprawy czysto oponowe, znaczna zaś ilość białka obok wysokiego parcia najczęściej na istnienie ropnia.

r.

G. Anton i V. Schmieden: **Nakłucie podpotyliczne.** (Zbl. f. Chir. 1917, 10). Dla odprowadzenia nadmiernej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego podają autorowie metodę, polegającą na nakłuciu (po szerokiem udostępnieniu z cięcia w linii środkowej błony szczytowopotylicznej tylnej (m. atlantooccip. post.) — przez tę błonę zbiornika móżdżkowordzeniowego (cysterna cerebellomedullaris) i następnie sondowaniu tą drogą czwartej komory zapomocą specyalnego zgłębnika. Dla zapewnienia stałości odpływu płynu mózgowordzeniowego wycina się w błonie szczytowopotylicznej tylnej okienko, szerokości $^1/_2$ cm, przez które — po zagojeniu rany skórnej, zaszytej na głucho — nadmierna ilość płynu mózgowordzeniowego ścieka do przestrzeni śródmięśniowej, gdzie ulega wessaniu. Wyniki w 5 przypadkach dobre. Wskazania: guzy mózgowe, wodogłowie, padaczka, surowicze zapalenie opon mózgowych i inne.

Dr Michejda.

Sebek: **Przewlekłe wysięki ropne klatki piersiowej a operacya sposobem Schede-Helfericha.** (Čas. lék. č. 1919, 48 i 49). Po omówieniu etyologii i wskazań do t. zw. torakoplastyki zestawia autor 7 własnych przypadków, operowanych kombinowaną metodą Sch.-H. (cięcie skórne wedle Schedego, resekcya ściany klatki piersiowej wedle Helfericha, t. zn. przez usunięcie całej ściany kostno-mięsno opłucnej en masse), z jednym przypadkiem śmiertelnym z powodu niedomogi sercowej, a 6 wyleczeniami. S. drenuje powstającą po zabiegu jamę w ten sposób, że wkłada niejako dwa piętra drenów, jedno do górnej części jamy. Zaletą kombinacyi metody Schedego i Helfericha jest szybszy przebieg zabiegu i stosunkowo szybkie wygojenie. W leczeniu pooperacyjnem należy baczną uwagę zwracać na to, by nie powstały zatoki ropne; utrudnia ich powstawanie podwójne sączkowanie jamy. Pozostające po operacyi powierzchnie, nie pokryte nabłonkiem, pokrywa S. nie metodą Thierscha, ale plastyczną operacyą kosmetyczną.

Dr Michejda.

Klebelsberg: **O postrzałach płuc.** (Wiener kl. Woch.

1916, 14). Na zasadzie 104 spostrzeżeń dochodzi K. do następujących wniosków: W znacznej liczbie przypadków (50 na 104) nie wywołują postrzały płuc żadnego odczynu, to znaczy żadnych wyraźnych objawów klinicznych. W innych przypadkach powstaje krwotok do opłucnej; krew może uledz gładko wessaniu, ale również może jako następstwo krwotoku wystąpić zapalenie opłucnej surowicze lub ropniak opłucnej; niekiedy powstają powikłania w samem płucu, czasem wysuwając się później na plan pierwszy (zapalenie płuc, ropnie, zgorzel). Leczenie stosuje się do okoliczności. Niewielkie krwotoki i wysięki opłucne leczy się wyczekująco. Większe wylewy należy ze względu na niebezpieczeństwo zrostów i retrakcyi usunąć zapomocą otwartego nakłucia opłucnej (offene Pleurapunktion). W razie ropniaka (niekiedy jeszcze przed przejściem wysięku w wyraźnie ropny) wskazana jest resekcya żebra. Otwarte nakłucie opłucnej da się zastosować z dobrym wynikiem także przy czystych krwiakach opłucnej. Przypadki postrzałów płuc najlepiej byłoby leczyć nie przewożąc daleko, chociaż przewiezienie wogóle nie grozi zbyt wielkiem niebezpieczeństwem. r.

Tugendreich: **Stosowanie izoamylhydrokupreiny na wrzody u chorych na raka.** (B. kl. W. 1916, 10). Stosowanie tego środka (zwanego także »eucuprin«) ma znaczenie pomocnicze, a zaleca się szczególnie przy leczeniu nowotworów silnie przenikającymi promieniami Röntgena, przy którem naświetlanie nie usuwa owrzodzeń, ani bolów. Izoamylhydrokupreina działa bowiem w tych przypadkach korzystnie na owrzodzenia i łagodzi bole. Stosuje się ją w 2—5% rozczynie oliwnym (sporządzonym na gorąco) w postaci opatrunku na zgorzelinowe wrzody rakowe; jeżeli ten rozczyn wywołuje silne pieczenie, to należy użyć rozczynu słabszego (1%). r.

Wiadomości bieżące.

Rozkaz Naczelnego Wodza do korpusu lekarskiego: »Schyłek ubiegłego roku i zaranie drugiego roku wojny o najświętsze prawa i o całość granic Rzeczypospolitej, do podatku krwi, opłacanego ofiarnie przez korpus oficerski, przyniosły śmiertelny posiew zarazy, która dokonała też spustoszenia w kadrach korpusu lekarskiego. Wierni żołnierskim obowiązkom i honorowi oficera, lekarze armii polskiej stali twardo i niewzruszenie na swych stanowiskach, świecąc hartem woli i poświęceniem dla Ojczyzny. Wierni tradycyom, spełniali oni swój trud, który pozwolił im zdobywać najwyższe pochwały i odznaczenia, na równi z walczącymi w pierwszych szeregach. Dlatego też i dzisiaj mimo, że zaraza wydarła z Waszych szeregów jednostki dzielne i ofiarne, ufam i wierzę, że ten pokos śmierci hartu waszego nie osłabi, lecz owszem stanie się bodźcem do dalszej pracy dla dobra Ojczyzny, która w waszym znoju i ofiarności widzi czynnik równoważny dla armii z trudem towarzyszy broni w okopach. Wytrwać w wysiłkach musicie tem bardziej, że wasza wiedza i organizacya ma nietylko ratować szeregi żołnierskie na czas wojny, której koniec nie jest jeszcze znany, lecz także te tysiące ofiarnych synów polskich wrócić o ile możności w najlepszem zdrowiu ich rodzicom i Ojczyźnie, budującej swą przyszłość na rezultatach wojny. Józef Piłsudzki, naczelny wódz«.

Ministerstwo zdrowia. Po ustąpieniu gabinetu Paderewskiego podjęły pewne koła gwałtowną kampanię przeciw istnieniu Ministerstwa zdrowia. W obronie stanęły jednomyślnie wszystkie korporacye lekarskie w całej Polsce z Główną Radą Zdrowia na czele, która na umyślnie zwołanem do Warszawy posiedzeniu plenarnem oświadczyła się 60 głosami przeciw 2 za utrzymaniem Ministerstwa. Takąż uchwałę powzięła wybrana przez Sejm osobna dla tej sprawy komisya. Sejm na posiedzeniu w d. 24. II. odesłał mimo to sprawę do swej komisyi administracyjnej.

Po ustąpieniu ministra Dr Janiszewskiego, który z powrotem objął stanowisko naczelnego lekarza miejskiego i docenta Uniw. w Krakowie, mianowany został kierownikiem Ministerstwa zdrowia podsekretarz stanu Dr Witold Chodźko, b. minister zdrowia w dawniejszych gabinetach.

Ministerstwo ma obecnie nader trudne zadanie w walce z durem plamistym, coraz groźniej zalewającym całą Polskę. Aby walkę skoncentrować, mianowała Rada ministrów generalnym komisarzem do tej walki prof. Dr Emila Godlewskiego jun. z Krakowa, dając mu w tym zakresie władzę nader rozległą; podlegać mu będą osobno ustanowieni komisarze dzielnicowi, jakim na Małopolskę został już mianowany Dr Henryk Trenkner. Państwa sprzymierzone zachodniej Europy i Ameryka ofiarowały znaczną pomoc, jednakże podobno żądając oddania kierownictwa walki w ich ręce.

Ruchliwy Wydział II Ministerstwa zdrowia otworzył w b. Kongresówce 14 przychodni dla chorych wenerycznych (z nich jedną w Warszawie), a zamierza otwierać takie przychodnie także w Małopolsce. Od 15. do 31. marca odbędą się w Warszawie kursy dla lekarzy z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych. (Zgłoszenia do Ministerstwa zdrowia, Wydział II). W Łodzi urządzone będą wkrótce powtórnie kursy dla urzędników sanitarno-obyczajowych.

Wydział walki z alkoholizmem zorganizował w grudniu 1919 pięciodniowy kurs przeciwalkoholowy w Warszawie.

Według wiadomości, rozesłanych przez Polską Agencyę Telegraficzną, uchwaliła 26. II. 1920 Rada ministrów »utworzyć naczelną radę sanitarną, złożoną z szefów sanitarnych poszczególnych ministerstw, mających agendy sanitarne«. Według rozporządzenia, ogłoszonego w Nr 53. »Monitora«, należą do tej Rady szefowie lekarscy Naczelnego Dowództwa, Ministerstw spraw wojskowych, kolei żelaznych i b. dzielnicy pruskiej i naczelny komisarz do zwalczania epidemii, Rada ma prawo kooptować dalszych członków.

Stosunek lekarzy powiatowych do Starostw określiła instrukcya Ministra zdrowia publ. z 27. XI. 1919. Nr XIV. 39969 764/19, podpisana także przez Ministra spraw wewn., a ogłoszona w Nr 285 »Monitora polskiego« z 31. XII. 1919. Według art. 1. tej instrukcyi wchodzą Powiatowe Urzędy zdrowia w skład Starostw, jako ich dział, według art. 5 jest starosta »przełożonym wszystkich urzędników i funkcyonaryuszy Powiatowego Urzędu zdrowia«, oraz »poucza, nadzoruje i kontroluje podporządkowany Starostwu Powiatowy Urząd zdrowia«, a według art. 6. wykonuje starosta władzę dyscyplinarną nad całym personalem Powiatowego Urzędu zdrowia. Wyższą władzą służbową i dyscyplinarną lekarza powiatowego jest według art. 7. w toku instancyi, Ministerstwo zdrowia publicznego. Starosta wydaje i podpisuje wszystkie rozporządzenia i orzeczenia Starostwa, »może« jednak (art. 3) poruczyć lekarzowi powiatowemu w sprawach sanitarnych w swojem zastępstwie wydawanie i podpisywanie zarządzeń i orzeczeń. W wyjątkowo nagłych przypadkach może lekarz wydać sam zarządzenie, ale musi potem w ciągu 48 godzin uzyskać zgodę starosty.

W porównaniu do stosunków, jakie były w Małopolsce pod zaborem austryackim, nie zwiastuje ta instrukcya niestety żadnej zmiany, a nawet jest poniekąd krokiem wstecz.

Okręgowa Rada zdrowia dla Małopolski, mianowana rozporządzeniem Ministerstwa zdrowia z d. 8. I. 1920, ma skład następujący: poseł sejmowy Dr Bobrowski, profesorowie Ciechanowski, Godlewski, Kostanecki, Krzyształowicz, Nitsch, Nowak, Rosner, Wachholz i st. radca inż. Kłeczek z Krakowa, profesorowie Halban, Panek, Wiczkowski, Łukasiewicz, Gröer, Fiedler, Nadolski, doc. Gąsiorowski, Dr Stahl i Steising ze Lwowa. Prócz tego należą do Rady delegaci Izb lekarskich, Wydziałów lekarskich, dyrektorowie krajowych zakładów leczniczych, delegaci Gremiów aptekarskich, Rad miejskich Lwowa i Krakowa. Przewodniczącym jest Dyrektor okręgowego Urzędu zdrowia. Konstytuujące posiedzenie Rady odbyło się we Lwowie 28. i 29. II. 1920. Przedmiotem obrad była walka z durem plamistym, sprawozdanie ze stanu epidemii, sprawozdanie o ustroju sanitarnym Małopolski i i. Rada dzieli się na sekcyę lwowską i krakowską.

Z Uniwersytetów. W Uniwersytecie krakowskim mianowany został doc. Dr Władysław Szumowski z Warszawy zwyczajnym profesorem historyi i filozofii medycyny. W Uniwersytecie lwowskim habilitował się z zakresu dermatologii prymaryusz Dr Jan Lenartowicz.

Z Towarzystw lekarskich. Wybory Zarządów na r. 1920 dały następujący wynik: W krakowskiem Towarzystwie lekarskiem: prezes prof. Dr Rosner, wiceprezes prym. Dr Kostrzewski, sekretarz doroczny Dr Szymanowicz, sekretarz stały doc. Dr Zubrzycki, skarbnik Dr Akerman, gospodarz doc. Dr Seńkowski. W Towarzystwie lekarskiem lwowskiem: prezes prof. Dr Nowicki, wiceprezes prezydent Izby Dr Papée, sekretarka doroczna Dr Schusterówna, sekretarz stały Dr Bocheński, skarbnik prof Dr Zalewski, bibliotekarz prof. Dr Groer, gospodarz Dr Trzcieniecki. W Towarzystwie lekarskiem łódzkiem: prezes Dr S. Sterling, wiceprezes Dr Koliński, sekretarze Dr J. Michalski i Dr F. Klozenberg, skarbnik Dr T. Mogilnicki, bibliotekarz I. Dr Z. Prechner, bibliotekarz II. Dr Z. Golc. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem: prezes prof. Dr Dmochowski, wiceprezes Dr St. Orłowski, sekretarz doroczny Dr Wiśniewski, skarbnik Dr L. Babiński. W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie: prezes Dr W. Starkiewicz, wiceprezes Dr W. Kamocki, sekretarz Dr Szerypo.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich rozesłało odezwę do lekarzy w Małopolsce, zapraszającą do przystępowania i wzywającą do podtrzymania obu małopolskich czasopism lekarskich, organów Towarzystwa.

Rada zawiadowcza tego Towarzystwa odbyła 28. II. 1920 posiedzenie, którego głównym przedmiotem było sprawozdanie kasowe za r. 1919 (wkrótce mające wyjść w »Tygodniku lekarskim«), sprawy Morszyna i zmiany statutu. Nazwa Towarzystwa została zmieniona na »Polskie Towarzystwo lekarzy małopolskich«.

W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem ożywił się dzięki staraniom obecnego prezesa nadzwyczajnie ruch naukowy. Oprócz zwykłych posiedzeń naukowych, poświęconych medycynie, odbywają się zebrania czwartkowe z prelekcyami z dziedzin pogranicznych (przyroda, filozofia, ale także i literatura, o ile ma styczność z medycyną). W lutym przez dwa dni odbyły się posiedzenia poświęcone sprawie gruźlicy, na których mieli wykłady Dr S. Sterling z Łodzi, prof. Wiczkowski i dyrektor Dr Mikołajski ze Lwowa, Dr Kuczewski z Zakopanego.

We Lwowie wznowiło swą czynność Ukraińskie Towarzystwo lekarskie. Prezesem na r. 1920 został wybrany Dr Kurowiec.

Zjazdy. We Lwowie ma się w 25. i 26. III. odbyć Zjazd zdrojowisk i uzdrowisk polskich staraniem Krajowego Związku zdrojowisk (Lwów, Batorego 34). Dotąd zgłoszono 11 referatów.

W Poznaniu ma się odbyć w pierwszej połowie kwietnia III Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Komitetowi organizacyjnemu poznańskiemu przewodniczy Dr Skoczyński.

Zjazd lekarzy urzędowych celem utworzenia Związku państwowego odbył się w Warszawie w d. 4.—6. I. 1920. Sprawozdania ze Zjazdu nie otrzymaliśmy.

Ze szpitalnictwa. Dyrektorem szpitala krajowego we Lwowie został mianowany Dr Kalikst Krzyżanowski.

Obsadzenie takiejże posady w Krakowie, oddawna wakującej, jest rzeczą naglącą.

Konkursa i wolne posady. Rozpisano konkurs na posadę asystenta przy instytucie weterynaryjno-mikrobiologicznym Uniw. Jagiell. w Krakowie. Zgłoszenia do Dziekanatu Wydziału lekarskiego.

Wakuje korzystna posada lekarza górniczego w Małopolsce. Zgłoszenia do Redakcyi »Przeglądu lek.«.

Fundacye i zapisy lekarzy polskich. Dr Stanisław Kopczyński, naczelnik Wydziału higieny szkolnej w Ministerstwie zdrowia, ofiarował Warszawskiemu Towarzystwu lekarskiemu 10.000 rubli na fundusz nagród za prace naukowe lub wybitną działalność na polu higieny szkolnej.

Zmarły niedawno Dr Adolf Dietzius, burmistrz m. Jarosławia, zapisał cały swój majątek dla sierot, starców i nieuleczalnie chorych.

Od Redakcyi. Redakcya prosi wszystkich czytelników, rozporządzających czasopismami lekarskiemi zagranicznemi, które dziś są trudno dostępne, a przychodzą nieregularnie, by nadsyłali streszczenia z piśmiennictw obcych na ręce prof. Dr K. W. Majewskiego (ul. Dunajewskiego 6, Kraków).

Od Administracyi. Przedpłata 60 kor. dotyczy tylko tych lekarzy, którzy nie są członkami Towarzystw lekarskich Małopolskich; ci bowiem otrzymują oba organa tych Towarzystw, płacić jednak muszą wkładki członkowskie wyższe.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Konkurs.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego

ogłasza niniejszym **konkurs na posadę Dyrektora Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku**.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się:

1. polskiem obywatelstwem,
2. nieposzlakowanem życiem,
3. świadectwami z ukończenia szkół wyższych, względnie średnich,
4. odbytą praktyką w zakładach kąpielowych.

Do posady tej przywiązane są pobory kategorji V a płaca t. j. pensja zasadnicza 10.800 mk. rocznie, dodatek ekonomiczny wojenny 3600 mk. rocznie, oraz prawo do ustalonych uchwałą sejmową dodatków wojenno-drożyźnianych dla tej kategorji płac urzędników państwowych, dalej mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Podania należycie udokumentowane wraz z odpisem przebiegu życia i ewentualnemi pracami naukowemi należy wnosić najpóźniej do **dnia 15 marca b. r. do Ministerstwa Zdrowia Publicznego W. VIII, w Warszawie, Al. Belwederska 3.** 42

L: 80/pr. Lwów, 20 lutego 1920

KONKURS

na 26 posad lekarzy panstwowych w IX i 5 posad w X klasie rangi w Małopolsce.

Od kandydatów jest wymagane:

1. obywatelstwo polskie;
2. doktorat wszech nauk lekarskich, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. przynajmniej dwuletnia praktyka zawodowa po ukończeniu studjów;
4. świadectwo zdrowia wydane przez lekarza urzędowego;
5. egzamin fizykacki;
6. nieprzekroczony 40 rok życia. W razie braku kandydatów posiadających powyższe warunki mogą za specyalnem zezwoleniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego, zostać przyjęci do służby także kandydaci bez egzaminu fizykalnego, oraz tacy, którzy przekroczyli 40 rok życia, szczególnie, jeżeli wykażą, że przez czas dłuższy pracowali w innych gałęziach publicznej służby zdrowia, zwłaszcza jako lekarze okręgowi i miejscy.

Do podania należy dołączyć curriculum vitae, oraz oświadczenie, na którą z wymienionych posad kandydat reflektuje, i czy w danym razie godzi się na przyjęcie posady w niższej randze, a ponadto deklarację, że obejmie bezzwłocznie każde wyznaczone mu stanowisko służbowe.

Podania należy wnosić w terminie do 15 marca 1920 do Okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie.

Generalny Delegat Rządu:

243 *Gałecki* w. r.

MAGISTRAT
król. wolnego miasta Przemyśla Przemyśl dnia 20 lutego 1920

L: 2992/20

KONKURS.

Magistrat miasta Przemyśla rozpisuje konkurs na posady dwóch lekarzy miejskich, jednego z poborami VIII a drugiego IX klasy rangi urzędników państwowych z prawem do awansu i emerytury.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać:

1. obywatelstwo polskie
2. dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3. dotychczasową praktykę w zawodzie lekarskim i ewentualną specyalizacyę,
4. nieskazitelność charakteru,
5. nieprzekroczony 40 rok życia.

Ubiegający się o posadę lekarza VII klasy rangi winni ponadto wykazać się egzaminem fizykackim z posadą zaś lekarza miejskiego IX klasy rangi połączony będzie obowiązek zamieszkania w dzielnicy Zasanie.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu w terminie do 20 marca 1920.

Burmistrz

242 *Kostrzewski.*

Ministerstwo Zdrowia Publicznego

podaje do wiadomości 41

że w Łomży wakuje posada okręgowego inspektora mieszkaniowego,

na którą reflektować mogą osoby z wyższem wykształceniem: lekarze, inżynierowie, prawnicy. Kandydaci winni zgłaszać się do Wydziału Spraw Osiedleńczych i mieszkaniowych Ministerstwa Zdrowia Publicznego aleja Belwederska Nr. 135b. korpus kadetów.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.